Deutscher Bundestag **Drucksache 14/7844**

14. Wahlperiode 12. 12. 2001

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Irmgard Schwaetzer, Hildebrecht Braun (Augsburg), Ulrike Flach, Horst Friedrich (Bayreuth), Joachim Günther (Plauen), Klaus Haupt, Ulrich Heinrich, Walter Hirche, Birgit Homburger, Ulrich Irmer, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Dr. Edzard Schmidt-Jortzig, Gerhard Schüßler, Marita Sehn, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Wolfgang Gerhardt und der Fraktion der FDP

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN sowie der Bundesregierung
– Drucksachen 14/6893, 14/7421, 14/7461,14/7824 –

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG)

Der Bundestag wolle beschließen:

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Grundsätzlich ist die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen der richtige Weg, mehr Effizienz im Krankenhausbereich zu erreichen. Damit wird der 1995 begonnene Weg weiter fortgesetzt. Aber die Rahmenbedingungen müssen stimmen. Die Zukunft wird zeigen, ob das ehrgeizige Ziel, den allergrößten Teil von Krankenhausleistungen auf diese Weise vergüten zu können, erreichbar ist. Insbesondere im Bereich der geriatrischen Versorgung sowie bei speziellen Behandlungsmethoden im Rahmen der Hochschulmedizin wird man tragfähige Lösungen finden müssen.

Ein umfassendes Fallpauschalenvergütungssystem ist ohne Zweifel geeignet, die Behandlungseffzienz der Krankenhäuser zu steigern, das interne Kostenmanagement zu verbessern, die externe Leistungstransparenz für Krankenkassen, Versicherte und Patienten zu erhöhen. In einer volkswirtschaftlichen Betrachtungsweise müssten allerdings die Wirtschaftlichkeitsreserven, die auf diese Art und Weise freigesetzt werden können, den Kostenerhöhungen in anderen Bereich gegenübergestellt werden. So gehen Schätzungen davon aus, dass vor allem die häusliche Krankenpflege, die ambulante Arzneimittelversorgung und die Anschlussheilbehandlung mit Kostenverlagerungen zu rechnen haben. Hierauf hat der Gesetzentwurf keinen stimmigen sektorübergreifenden Ansatz. Hauptkritikpunkt aber ist und bleibt, dass die Chance vertan wird, mit dem Übergang auf das neue System von Anfang an ein klares, eindeutiges Preissystem einzuführen und dieses durch mehr Freiheiten bei den Vertragsverhandlungen der einzelnen Krankenkassen zu ergänzen.

1. Nur ein echtes Preissystem bringt die Vorteile von Fallpauschalen richtig zum Tragen.

   Wer die Anreize richtig nutzen will, der muss den Mut haben zu einem funktionierenden Preissystem. Wenn ein Fallpauschalsystem lediglich genutzt werden soll, um eine bestimmte, im Vorfeld fixierte Summe Geld auf die einzelnen Leistungen aufzuteilen, ist das Verfahren zu aufwendig und nicht geeignet, eine Entwicklung mit zunehmendem medizinischen Fortschritt und einer steigenden Zahl älterer Menschen gerecht zu werden. Wenn nur Geld umverteilet und keine ökonomischen Anreize gesetzt werden, kann man auch beim alten Pflegesatz bleiben und sollte das dann auch ehrlicherweise tun. Dafür muss nicht der gewaltige Aufwand für die Erstellung eines Fallpauschalsystems, in Selbstverwaltung, Instituten und in den einzelnen Krankenhäusern betrieben werden.

   Die FDP spricht sich für ein echtes Preissystem aus. Dem gegenüber verharrt das von Rot-Grün vorgesehene Konzept noch bis mindestens Ende 2006 in der Budgetierung. Die Fallpauschalen sollen weiterhin gegen vereinbarte Budgets verrechnet werden. Sämtliche strukturkonservierenden Begleitregelungen der derzeitigen Budgetierung bleiben bestehen. Krankenhäuser, die mehr Leistungen erbringen, werden abgedeckelt bzw. degressiert. Krankenhäuser, die weniger leisten, genießen Bestandschutz durch das Festhalten an Ausgleichszahlungen (Mindererlösausgleichen). So kann der erforderliche Strukturwandel nicht vorangebracht werden. Erforderlich sind vielmehr konsequente Schritte zur Überführung in ein leistungsorientiertes Entgeltsystem. Auch bleibt es in dem Gesetzentwurf bei der Dominanz der fiskalischen Orientierung. Die Grundlohnrate und eben nicht medizinischer Bedarf bestimmen weiterhin die Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung. Das System ist so angelegt, dass es Parallelen zu dem verfehlten, floatenden Punktwertsystem der niedergelassenen Ärzte aufweist.

   In die Krankenhäuser darf mit Einführung der DRG (Diagnosis Retard Groups) nicht weiter hineinregiert werden. Vielmehr müssen die Preise Anreize für effizientes wirtschaftliches Handeln setzen. Eine Spezialisierung ist dabei auch unter Qualitätsgesichtspunkten gewollt. Ein Krankenhaus, das einmal am Tag oder vielleicht einmal in der Woche eine Hüftgelenksoperation durchführt, ist nicht nur unwirtschaftlicher als eines dass diese Operation 10mal am Tag macht, sondern es mangelt ihm auch an der entsprechenden Erfahrung und damit an der medizinischen Qualität. Dies zeigt, wie eng Qualitätssicherung und Fallpauschalen bei richtiger Handhabung nebeneinander stehen können. Den Krankenhäusern kann aus Qualitätsgründen eine Mindestmenge vorgegeben werden, aber es passt nicht zu einem Preissystem, wenn den Kassen erlaubt wird Vorgaben für die Höchstmengen zu machen.

2. Wichtige Erprobungsphase

   Die Erprobungsphase, die optional ab dem Jahr 2003 einsetzen soll, gibt gute Möglichkeiten, für das eigene Haus zu sehen, wo man steht. Es gibt Zweifel, ob es so ohne weiteres möglich sein wird, dass einige Krankenhäuser bereits im Jahre 2003 das neue System erproben und andere nicht. Dennoch muss man es versuchen. Anderenfalls würde man innovativen Häusern die Möglichkeit nehmen, frühzeitig die notwendige Feinsteuerung in ihren Häusern vorzunehmen. Für die Krankenhäuser, die noch umfangreichere Vorarbeiten zu leisten haben und deshalb im Jahre 2003 noch nicht umsteigen können, bleibt ein Anreiz bestehen, das so schnell wie möglich hinzu bekommen.

   Die Einführung eines solchen Fallpauschalsystems ist ein sehr ehrgeiziger Schritt, der viele Vorarbeiten notwendig macht. Sollte sich tatsächlich he-

rausstellen, dass trotz allen Bemühens diese Vorarbeiten nicht zeitgerecht abgeschlossen werden können, müsste man über den weiteren Zeitplan neu beraten.

3. Die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung muss mit der Einführung der Fallpauschalen umgestaltet werden.

   Je stärker der Krankenhausmarkt wettbewerblich ausgerichtet wird, um so weniger Platz gibt es für die althergebrachte Krankenhausplanung durch die Länder. Wer A sagt zu einem Preissystem, der muss auch B sagen zu der Abschaffung einer feinziselierten Krankenhausplanung. Benötigt wird eine Rahmenplanung, aber keine Ausfüllung bis in Abteilungen oder Betten hinein.

   Wichtig ist, dass die Verantwortlichkeit für die Sicherstellung einer qualitativ und quantitativ angemessenen Versorgung klar und deutlich ist. So lange diese Verantwortung bei den Ländern liegt, müssten sie bzw. die Kommunen durch Zuschüsse sicherstellen, dass der Krankenhausbetrieb auch in solchen Häusern aufrecht erhalten werden kann, die wegen mangelnder Größe, unvorteilhafter Struktur oder zeitweise unzureichender Auslastung nicht wirtschaftlich genug arbeiten können, die aber aus Versorgungsnotwendigkeiten heraus dennoch in der Region gebraucht werden.

   Was die Investitionskosten anbelangt, so gibt es eine langjährige Auseinandersetzung über die Vor- und Nachteile einer dualen Finanzierung. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht führt eine monistische Finanzierung zu effizienteren Ergebnissen. Diese Einschätzung verstärkt sich durch den Übergang zu einem Fallpauschalsystem. Nur wenn alle Kosten einer bestimmten Krankenhausleistung sich in einem Preis widerspiegeln, kann sichergestellt werden, dass die Preise vergleichbar sind. Das wiederum ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass mehr Transparenz ins System kommt.

4. Ohne flankierende Qualitätssicherungsmaßnahmen und Regelungen zur Finanzierung von Einrichtungen zur Betreuung früh Entlassener wird sich die Versorgung verschlechtern.

   Jedes pauschale Vergütungssystem birgt die Gefahr in sich, dass zu dem vorgegebenen Preis eine möglichst geringe Menge an Leistungen erbracht wird. Egal ob die behandelnden Ärzte das wollen oder nicht, der Druck auch von Seiten der Verwaltungsleitung wird groß werden, die Verweildauer so deutlich wie möglich abzusenken. Anderenfalls werden Krankenhäuser in dem neuen System nicht überlebensfähig sein. Damit aber steigt die Gefahr, dass Patienten manchmal auch früher als das eigentlich medizinisch wünschenswert wäre aus dem Krankenhaus entlassen werden. Gemeinsam mit den Krankenhäusern muss überlegt werden, wie Qualitätssicherungsmaßnahmen aussehen könnten, die so etwas verhindern und dennoch nicht dazu zwingen, einen gigantischen Kontrollapparat aufzubauen. Nicht zu unrecht beklagen viele Krankenhäuser die im Gesetzentwurf vorgesehenen weitreichenden Kompetenzen für den medizinischen Dienst. Das ist auch keine optimale Lösung, sondern hier bedarf es selbst kontrollierender Systeme in den Krankenhäusern.

   Unabhängig davon, wie man die Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgestaltet, wird das Fallpauschalsystem dazu führen, dass Patienten so früh wie möglich in die ambulante Versorgung entlassen werden. Für Patienten, die zu Hause niemanden haben, der sich um sie kümmern kann, wird es Übergangslösungen in Einrichtungen mit einer vollen pflegerischen Betreuung geben müssen. Andernfalls stehen die Krankenhäuser vor dem Problem, Patienten eigentlich in die Hilflosigkeit entlassen zu müssen. Das muss mit aller Macht, auch über eine bessere Koordination zum ambulanten ärztlichen Rehabilitations- und zum Pflegebereich, verhindert werden.

5. Die Schnelligkeit mit der der medizinische Fortschritt Einzug in den Praxisbetrieb hält, wird ohne flankierende Maßnahmen abnehmen.

   Der Gesetzentwurf sieht vor, dass für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit Fallpauschalen und Sonderentgelten noch nicht zeitgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß dem Urteil des Ausschusses für neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden von der Finanzierung ausgeschlossen sind, erstmals für das Jahr 2005 Entgelte vereinbart werden können.

   Eine solche Vereinbarung kann zwischen den Vertragsparteien vor Ort geschlossen werden. Sie muss es aber nicht. Sie ist mithin an den guten Willen der Vertragsparteien vor Ort und hier insbesondere an den guten Willen der Krankenkassen, die diese Leistung zu bezahlen hätten, gebunden. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, erstirbt die innovative Idee noch vor der routinemäßigen Anwendung vor Ort, da diese Vorschrift nicht Schiedsstellen fähig ist.

   Der Gesetzentwurf sieht auch keine echte Öffnungsklausel vor. Innovative Behandlungsverfahren und Problembereiche in der Patientenversorgung müssen aber solange individuell vergütet werden, bis diese im Fallpauschalsystem sachgerecht abgebildet werden können. Ansonsten droht den Krankenhäusern ein Innovationsdefizit, das das deutsche Gesundheitswesen auch im internationalen Vergleich weit zurückwerfen wird.

6. Mehr als alles andere brauchen die Krankenhäuser Planungssicherheit

   Die Krankenhäuser haben in den letzten Jahren viele Reformen und Reförmchen mitmachen müssen. Das hat immer wieder bis über das Machbare hinaus Kräfte gebunden, die damit an anderer Stelle gefehlt haben. Die Budgetierung hat dazu geführt, dass gerade die Krankenhäuser, die vor dieser Phase um ein hohes Maß an Effizienz bemüht waren und die bereits Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft hatten, ganz besonders gebeutelt wurden. Was die Krankenhäuser jetzt in aller erster Hinsicht brauchen ist ein Planungshorizont von mehreren Jahren. Sie müssen wissen, was im Jahr 2007 auf sie zukommt, und zwar jetzt. Diese elementare Forderung bleibt der Gesetzentwurf leider schuldig. Den Krankenhäusern und ihren Beschäftigten werden zurzeit gewaltige Anpassungsarbeiten abverlangt, ohne dass ihnen aufgezeigt wird, wohin die Reise letztlich geht. Das ist in unseren Augen nicht zumutbar.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung deshalb auf,

das Fallpauschalengesetz dahingehend zu ändern, dass

– ein echtes Preissystem entsteht,
– Planungssicherheit für die Krankenhäuser auf längere Sicht gegeben ist,
– die Krankenhausplanung auf eine Rahmenplanung reduziert wird,
– die monistische Finanzierung eingeführt wird,
– Qualitätssicherungsmaßnahmen ohne einen ausufernden Kontrollapparat verankert werden,
– der medizinische Fortschritt den Krankenhauspatienten zeitnah zugute kommt.

Berlin, den 11. Dezember 2001

Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333